
Datum: 02.04.2003
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 174/02
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2003:0402.3U174.02.00

Vorinstanz: Landgericht Paderborn, 3 O 448/00

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 23. Mai 2002 verkündete Urteil der 3. Zivilkammer des Landgerichts Paderborn wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin kann die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in entsprechender Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die am 29.3.1914 geborene Klägerin stürzte bei Glatteis am 5.12.1997 gegen 10.00 Uhr. Sie zog sich dabei eine Fraktur des linken Oberschenkelhalses zu. Gegen 10.55 Uhr wurde sie notfallmäßig in der Klinik der Beklagten zu 1) aufgenommen und zur Operation vorbereitet.

1

2

3

Der Blutdruck der Klägerin wurde bei der Aufnahme mit 100/60 mmHg gemessen. Der Hämoglobinwert (Sauerstoffträger) betrug um 12.01 Uhr 13,1 g/dl.

Die Beklagten sind Anästhesisten, der Beklagte zu 2) Chefarzt, der Beklagte zu 3) Oberarzt. Bei der Prämedikationsvisite durch den Beklagten zu 2) betrug der Blutdruck der Klägerin 180/70. Im Prämedikationsbogen dokumentierte der Beklagte zu 2): "Hypertonus". 4

Anästhesiebeginn war gegen 13.25 Uhr. Die Anästhesieführung oblag bis 14.30 Uhr dem Beklagten zu 2), der als Anästhetikum u.a. Enfluran verwendete. In den ersten Minuten nach Einleitung der Narkose punktierte der Beklagte zu 2) beim Anbringen eines Zentralvenenkatheters an der Vena jugularis interna die in unmittelbarer Nachbarschaft liegende Halsschlagader (Arteria carotis). Diese Gefäßläsion ist bei größter Sorgfalt unstreitig nicht zu stets vermeiden. 5

Blutdruck und Pulswerte der Klägerin sind ab Anästhesiebeginn in Intervallen von fünf Minuten dokumentiert. Der Kreislauf der Klägerin wurde instabil. Normotone Blutdruckwerte wechselten mit hypotensiven und hypertensiven Werten. Systolisch sank der Blutdruck phasenweise bis auf 70 und stieg in anderen Phasen bis auf 160-170. Insbesondere zwischen 13.35 Uhr und 14.05 Uhr war der Blutdruck auf Werte zwischen 80/40 bzw. 70/40 gesunken. Der Beklagte zu 2) gab etwa bei Narkosebeginn Ringerlösung, im Anästhesieprotokoll als VE gekennzeichnet (Vollelektrolytlösung) und später, gegen 14.05 Uhr, HAES (Hydroxyäthylstärke; syn.: HES - Hydroxyethylstärke). Wegen der näheren Einzelheiten wird auf das Anästhesieprotokoll Bezug genommen. 6

Gegen 14.05 Uhr begann die Operation, die etwa zwei Stunden dauerte. Ab 14.30 Uhr übernahm der Beklagte zu 3) die Anästhesieführung. Aufgrund eines deutlichen Blutdruckanstiegs kurz vor 15.00 Uhr gab der Beklagte zu 3) etwa eine Stunde nach Operationsbeginn das blutdrucksenkende Mittel Catapresan® (Clonidin) sowie das Schmerzmittel Dipidolor. Nachdem der Blutdruck wieder gefallen war, gab er der Klägerin bis ca. 15.15 Uhr das blutdrucksteigernde Medikament Akrinor. 7

Im Verlauf der Operation verlor die Klägerin Blut. Der Beklagte zu 3) schätzte den Blutverlust auf ca. 1-1,5 Liter. Er gab der Klägerin ausweislich des Anästhesieprotokolls daraufhin gegen 15.40/ 15.45 Uhr 1000 ml Ringerlösung und 500 ml HAES. Gegen 16.05 Uhr war die Operation beendet. Postoperativ erhielt die Klägerin aufgrund des Blutverlustes zwei Erythrozytenkonzentrate ("2 EK!!"). Der Hb-Wert war um 16.24 Uhr auf 7,3 g/dl gefallen. 8

Während der Operation war es zu einer Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff gekommen. Die Ursache dafür ist unter den Parteien streitig. Nach der Operation zeigte die Klägerin Zeichen eines apallischen Syndroms, welches bis heute anhält. 9

Die durch eine Betreuerin vertretene Klägerin sieht die Ursache des apallischen Syndroms in einer fehlerhaften Anästhesieführung. Die Klägerin hat sich ein Schmerzensgeld von 250.000,- DM vorgestellt. Ferner hat sie Erstattung der Kosten anästhesistischer Privatgutachten verlangt. 10

Die Klägerin hat in erster Instanz zuletzt beantragt, 11

1. 12

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein in das Ermessen des Gerichts¹³ gestelltes Schmerzensgeld zu zahlen nebst 5% Zinsen über dem Basiszinssatz des DÜG seit

dem 5. Dezember 1997,	
2.	14
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner 1.309,26 € an sie zu zahlen,	15
3.	16
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr allen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der ihr aus der fehlerhaften ärztlichen Behandlung der Beklagten in der Zeit vom 5. Dezember 1997 bis zum 8. Januar 1998 entstanden ist und noch entstehen wird, soweit der Anspruch nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergegangen ist.	17
Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines anästhesistischen Sachverständigengutachtens, ergänzender schriftlicher Stellungnahme und mündlicher Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. Q abgewiesen. Das Vorliegen eines Behandlungsfehlers hat die Kammer dahinstehen lassen und zur Begründung darauf abgestellt, die Anästhesieführung habe das apallische Syndrom nicht verursacht; jedenfalls ein grober Behandlungsfehler liege nicht vor. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die tatsächlichen Feststellungen des angefochtenen Urteils Bezug genommen (§ 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO).	18
Mit der Berufung trägt die Klägerin im Wesentlichen vor: Die Lehrbücher der Anästhesie gäben Grenzen vor, von denen an ein Abfall des Blutdrucks sowie der Hämoglobinkonzentration zu behandeln seien. Nachdem bei ihr präoperativ Bluthochdruck erkannt worden sei, sei es ein Behandlungsfehler, den niedrigen Blutdruck über insgesamt 50 Minuten nicht bzw. nicht energisch genug zu therapieren. Ihr Blutdruck hätte überdies mit einer arteriellen Kanüle überwacht werden müssen. Das apallische Syndrom beruhe auf der Anästhesieführung.	19
Die Klägerin beantragt,	20
nach ihren Schlussanträgen aus der I. Instanz zu entscheiden.	21
Die Beklagten beantragen,	22
die Berufung zurückzuweisen.	23
Sie verteidigen das angefochtene Urteil.	24
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Sitzungsprotokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 2. April 2003 über die Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. Q Bezug genommen	25
II.	26
Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.	27
Die Klägerin hat gegen die Beklagten keine Ansprüche auf Schmerzensgeld, Ersatz ihres materiellen Schadens sowie Feststellung gem. § 847 BGB (a.F.) i. V. mit §§ 823, 30, 31, 831 BGB oder - soweit es um materielle Schäden geht - aus einer schuldhaften Verletzung von	28

Sorgfaltspflichten aus dem Behandlungsvertrag i. V. mit § 278 BGB. Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat nicht ergeben, dass die Anästhesieführung der Beklagten zu 2) und 3) am 5.12.1997 im Hause der Beklagten zu 1) unsachgemäß erfolgt ist. In der Beurteilung des Behandlungsgeschehens macht sich der Senat die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Q zu Eigen, der sein schriftliches Gutachten auch vor dem Senat in überzeugender Weise eingehend dargestellt und sachlich begründet hat. Der Sachverständige verfügt als Direktor der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Marienhospitals in I (Universitätsklinik) über sehr große praktische und wissenschaftliche Erfahrung. Insbesondere hat er sich intensiv und überzeugend mit den Ausführungen des von der Klägerin beauftragten Privatgutachters auseinandergesetzt.

1. 29

Einen Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) und 3) im Rahmen der Anästhesieführung am 5.12.1997 hat die Klägerin auch im Berufungsrechtszug nicht nachgewiesen. 30

a) 31

Der Beklagte zu 2) hatte keine Anzeichen, dass die Klägerin an chronischem Bluthochdruck litt. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, hätte kein Anästhesist dies aus den gemessenen Blutdruckwerten folgern müssen. Bei der Aufnahme der Klägerin war ein Blutdruckwert von 100/60 mmHg gemessen worden, den der Sachverständige als eher niedrig bewertet. Der zweite, bei der Prämedikationsvisite gemessene Wert, war demgegenüber erhöht, nämlich auf 180/70. Aus diesem Grunde trug der Beklagte zu 2) in den Prämedikationsbogen ein: "Hypertonus". Der dritte Wert, der bei Beginn der Anästhesie gegen 13.25 Uhr gemessen wurde, betrug hingegen wieder 120/70. Der Sachverständige bewertet ihn als normoton. Weitere Messwerte standen dem Beklagten zu 2) nicht zur Verfügung. Hinzu kam, dass die Klägerin von ihrem Hausarzt nicht auf blutdrucksenkende Medikamente eingestellt war. Da es sich um eine Notfalloperation handelte, konnte der Beklagte zu 2) keine weiteren Aufschlüsse gewinnen. Die Argumentation des Privatgutachtens, aus den postoperativ am 6.12. und 9.12.1997 gefertigten Computertomographien des Schädels seien Rückschlüsse auf chronischen Blutdruck zu ziehen, geht deshalb ins Leere. Dem Beklagten zu 2) stand kein CCT zur Verfügung. Wie der Sachverständige einleuchtend ausgeführt hat, wird bei einer Schenkelhalsfraktur auch kein CCT gefertigt. Auch das Argument des Privatgutachtens, ältere Menschen mit Bluthochdruck vernachlässigten zum Teil die Einnahme blutdrucksenkender Medikamente, ist nicht stichhaltig. Die Nichteinnahme eines blutdrucksenkenden Medikamentes erlaubt, wie der Sachverständige einleuchtend erläutert hat, nicht den Schluss, dass der Patient an Hochdruck leidet. 32

Vor diesem Hintergrund ist die anfängliche Annahme des Sachverständigen, es liege ein leichter Behandlungsfehler vor, erledigt. In seinem schriftlichen Ergänzungsgutachten hat der Sachverständige noch gefolgert, "dass dem behandelnden Arzt, ein leichter Behandlungsfehler hinsichtlich der falschen Einschätzung eines noch tolerablen Blutdrucks bei der Patientin unterlaufen" sei (Bl. 159 d.A.). Das bezog sich freilich auf die Prämisse, dass dem Anästhesisten chronischer Bluthochdruck der Patientin bekannt gewesen wäre. Denn unmittelbar zuvor hat der Sachverständige in seinem schriftlichen Ergänzungsgutachten ausgeführt: "Der behandelnde Arzt hätte - sofern ihm klar gewesen ist, dass bei der Patientin ein chronischer erheblicher Blutdruck vorliegt - die niedrigen Blutdruckwerte durch kreislaufwirksame Arzneimittel und intravenöse Volumenzufuhr konsequenter behandeln müssen" (Bl. 158 d.A.). Falls die Klägerin an chronischem Bluthochdruck litt, musste und konnte der Beklagte zu 2) dies nach dem oben Gesagten aber gerade nicht erkennen. 33

b)	34
Selbst wenn die Klägerin an chronischem Hypertonus gelitten hätte, wäre überdies eine Änderung der Narkoseführung nach den Feststellungen des Sachverständigen nicht geboten gewesen. Der erste Blutdruckabfall begann gegen 13.35 Uhr und dauerte etwa bis 14.05 Uhr. Nach der Bewertung des Sachverständigen war der initiale Blutdruckabfall nach Einleitung der Anästhesie für eine Patientin wie im vorliegenden Fall nicht ungewöhnlich. Die Klägerin hatte etwa bei Narkosebeginn Ringerlösung erhalten und später, kurz vor Operationsbeginn, HAES. Nach der Bewertung des Sachverständigen wäre jeder vernünftige Anästhesist entsprechend verfahren.	35
Im Gegensatz zur Auffassung des Privatgutachters war die Gabe eines (kreislaufwirksamen) Katecholamins, wie z. B. Noradrenalin, nicht indiziert. Noradrenalin kann etwa bei Formen des Schocks verabreicht werden. Ein Schockzustand lag bei der Klägerin nicht nachweislich vor. Dagegen spricht die mittels Pulsoxymetrie gemessene periphere Sauerstoffsättigung, die bei der Klägerin Normalwerte aufwies (96-100%). Bei einem Schockzustand würde sie auf etwa 80-90% fallen. Schließlich bliebe selbst bei Vorliegen eines Schockzustandes die Durchblutung des Gehirns erhalten. Des Weiteren wäre Noradrenalin selbst bei Vorliegen eines Schockzustandes nach der Bewertung des Sachverständigen eher kontraindiziert, weil es das Pumpvolumen vermindert. Wie der Sachverständige weiter erläutert hat, ist die Schlussfolgerung des Privatgutachtens von einer im EKG postoperativ festgestellten Sauerstoffunterversorgung des Herzens auf eine Sauerstoffunterversorgung des Gehirns ebenfalls nicht tragfähig. Zeichen für eine schlechte Durchblutung des Gehirns seien aus dem EKG nicht ableitbar. Soweit der Privatgutachter dies durch zahlreiche Berechnungen zu untermauern sucht, ist nach den Feststellungen des Sachverständigen unberücksichtigt geblieben, dass das verwendete Narkosemittel Enfluran die cerebrale Durchblutung erhöht, und zwar um ca. 50%, während der cerebrale Sauerstoffverbrauch durch die Narkose gleichzeitig verringert wird, nämlich um etwa 40%.	36
c)	37
Nachdem der Blutdruck der Klägerin gegen 15.00 Uhr bis auf 170/80 gestiegen war, gab der Beklagte zu 3) ihr das Antihypertonikum Catapresan® (Clonidin); ferner verabreichte er ein Schmerzmittel (Dipidolor). Nachdem der Blutdruck gefallen war, gab der Beklagte zu 3) fraktioniert das blutdrucksteigernde Mittel Akrinor. In seinem schriftlichen Gutachten schien der Sachverständige hier eine gewisse Balance zu vermissen. Freilich hat er bereits in seinem schriftlichen Gutachten betont, dass die Narkoseführung bei älteren Menschen häufig schwierig sei. Bei seiner Anhörung durch den Senat hat der Sachverständige weiter erläutert, dass die gegebenen Medikamente nicht zu beanstanden seien. In keiner Phase seien gebotene Maßnahmen unterlassen worden. Clonidin sei ein vielfach, wenn auch nicht von allen Anästhesisten, verwendetes Präparat. Einen Standard gibt es nach seinen Ausführungen nicht. Gleiches gilt für Dipidolor. Die Dipidolor-Applikation hat im Übrigen selbst der Privatgutachter als lege artis bezeichnet (Bl. 81 d.A.). Auch gegen die Gabe von Akrinor ist nach den Ausführungen des Sachverständigen sowohl in der Dosierung als auch in der fraktionierten Verabreichung nichts zu erinnern.	38
d)	39
Der Blutdruck der Klägerin hätte auch nicht mit einer arteriellen Kanüle überwacht werden müssen. Die Anwendung einer solchen Kanüle ist, wie der Sachverständige ausgeführt hat, abhängig von der Art der Operation. Er selbst benutze zwar vielfach arterielle Kanülen, jedoch bei anderen Operationen als Schenkelhalsfrakturen. Obwohl er an der Operation	40

vieler Schenkelhalsfrakturen mitwirke, habe er in den letzten zwei Jahren dabei keine arterielle Kanüle verwendet.

e) 41

Die Hämoglobinkonzentration sank von 13,1 g/dl um 12.01 Uhr auf 7,3 g/dl um 16.24 Uhr ab. Es ist den Beklagten zu 2) und 3) nicht als Behandlungsfehler vorzuwerfen, dass sie dies toleriert haben. Wie der Sachverständige bereits in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt habe, gibt es aufgrund klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Literatur keine objektivierbaren Kriterien, die es gestatten, aus der Verminderung der Hämoglobinkonzentration einen Behandlungsfehler herzuleiten. Soweit sich das Privatgutachten hier auf bestimmte Grenzwerte beruft, die nicht unterschritten werden dürften, wie z. B. 6 g/dl oder 10 g/dl, handelt es sich lediglich um sog. Expertenmeinungen. Diese sind, wie der Sachverständige erläutert hat, nicht evidenz-basiert und stehen in der wissenschaftlichen Hierarchie deshalb an unterster Stelle. Evidenz-basierte Untersuchungen seien gerade in dem hier betroffenen Bereich schwierig zu gewinnen, weil man - in den Worten des Sachverständigen - nicht warten könne, bis der Patient "ausblute". Überdies beziehe sich die im Privatgutachten angeführte Literatur auf kardiale Risiken, nicht aber auf die hier relevanten cerebralen Risiken. Ferner hat der Sachverständige dargestellt, dass ein Patient auch mit einem niedrigen Hb-Wert die gleiche Sauerstoffkonzentration haben könne wie mit einem höheren Hb-Wert, denn das Blut sei umso leichter zu pumpen, je dünner es sei. Vor diesem Hintergrund ist es nicht als Behandlungsfehler zu werten, dass der Klägerin intraoperativ keine Bluttransfusion verabreicht wurde. Die unmittelbar postoperative Gabe von Erythrozytenkonzentraten erfolgte nicht zu spät. 42

2. 43

Selbst das Vorliegen eines Behandlungsfehlers würde nicht zu einer Haftung der Beklagten führen. Denn die auch insoweit beweisbelastete Klägerin hat nicht nachgewiesen, dass das apallische Syndrom auf dem Blutdruckabfall und der Verminderung der Hämoglobinkonzentration während der Anästhesie beruht. 44

Der Sachverständige hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, der niedrige Blutdruck und die niedrige Hämoglobinkonzentration seien als Ursache für die cerebrale Störung der Klägerin zwar "nicht absolut ausgeschlossen", aber "eher unwahrscheinlich" (Bl. 139/ 140 d.A.). Er hat das in erster Linie darauf gestützt, dass die Sauerstoffsättigung während der gesamten Anästhesiezeit zwischen 96% und 100% gelegen habe. Die Durchblutung sei folglich nicht so schlecht, dass eine Minderdurchblutung und damit eine Hypoxie des Gehirns zwingend sei. Darauf hat zutreffend auch das LG abgestellt. Bei seiner Anhörung durch den Senat hat der Sachverständige bekräftigt, es sei nahezu auszuschließen, dass der abgesenkte Blutdruck und der verminderte Hämoglobinwert ursächlich für den cerebralen Schaden sind. Beide haben nach seiner Bewertung als in Frage kommende Ursachen für das apallische Syndrom kein praktisches Gewicht. 45

Denkbare, aber letztlich ebenfalls zu vernachlässigende Ursache ist ein thrombo-embolisches Geschehen. Ein solches wäre, wie der Sachverständige erläutert hat, im postoperativen CCT zu erkennen gewesen. Entsprechendes gilt für die (nicht fehlerhafte, weil nicht immer vermeidbare) Fehlpunktion der Arteria Carotis. Damit verbundene Plaqueablösungen hätte man nach den Feststellungen des Sachverständigen ebenfalls als Hirninfarkt erkennen müssen. Die im Grunde einzige verbleibende Erklärung ist eine Fettembolie, deren Entstehung der Sachverständige im Senatstermin erläutert hat: Im Rahmen der Oberschenkelhalsoperation wird letztlich Knochenmark, auch Fett, in die Gefäße gedrückt. 46

Kleine Fetttröpfchen träten später in anderen Organen auf, vorzugsweise auch im Gehirn. Dies sei im CCT nicht sichtbar. Die vom Sachverständigen ausgewertete einschlägige Literatur, die bei seiner Anhörung in erster Instanz erst wenige Wochen alt war, beschreibt bei Fettembolien auch ähnliche Krankheitsverläufe wie im vorliegenden Fall.

3.	47
Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass ein Behandlungsfehler, selbst wenn er vorliegen würde, nicht als grob zu bewerten wäre. Denn der Sachverständige hat die Narkoseführung bei geriatrischen Patienten als schwierig bezeichnet. Selbst die Annahme eines groben Behandlungsfehlers würde schließlich hier nicht zu einer Beweislastumkehr betreffend die Kausalität zwischen Anästhesieführung und eingetretenem Primärschaden zu Lasten der Beklagten führen. Liegt ein grober Behandlungsfehler vor, ist es grundsätzlich Sache des Arztes nachzuweisen, dass sich die (grob fehlerhafte) Behandlung nicht kausal ausgewirkt hat, sofern dies nicht gänzlich unwahrscheinlich ist (Steffen/ Dressler, Arzthaftungsrecht, 9. Aufl., Rn. 520 m. w. N.). Letzteres ist hier anzunehmen, weil der abgesenkte Blutdruck und der verminderte Hämoglobinwert, wie oben ausgeführt, nach der Bewertung des Sachverständigen als in Frage kommende Ursachen nahezu auszuschließen sind und für die Entstehung des apallischen Syndroms kein praktisches Gewicht haben.	48
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO.	49
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	50
Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts nicht.	51
Der Wert der Beschwerde der Klägerin übersteigt 20.000,- € (Art. 26 Nr. 8 EGZPO).	52